

**PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (PPIT) -
CONSENTIMIENTO INFORMADO
(EARLY INTERVENTION PARTNERSHIPS PROGRAM (EIPP))**

PPIT, patrocinado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health [MDPH] y MassHealth (Sección de Asistencia Médica) es un servicio de visitas a hogares de mujeres embarazadas, madres, niños y sus familias.

PPIT provee servicios de apoyo, salud y educación para padres de familia, pruebas de desarrollo infantil, y referidos los cuales empiezan en el embarazo y continúan a través del primer año de vida del niño. No hay costo alguno para los participantes, y todos los servicios son voluntarios.

Durante las visitas a su hogar, el personal del Programa descartará los factores de riesgo que podrían afectar su embarazo, salud o desarrollo y conjuntamente desarrollarán un Plan de Cuidado Familiar en el cual se considerarán las necesidades específicas de usted y su familia. Este plan será usado para ayudarle a lograr sus metas personales y a aprovechar los servicios disponibles en esta agencia y en otras de la comunidad. La información personal que usted comparte con esta agencia es utilizada para los siguientes propósitos:

1. ayudarnos a brindarle el mejor servicio posible,
2. para verificar la elegibilidad y el reembolso de los servicios cubiertos por MassHealth, y
3. para la evaluación del programa por MDPH.

Todo el personal con acceso a la información personal ha acordado mantener la confidencialidad, garantizando que los datos se mantendrán en reserva, protegiendo la privacidad individual de cada persona. Los reportes sobre el programa incluirán solamente información sobre grupos de gente, y no sobre personas individuales.

La información personal obtenida no será entregada a otras organizaciones o personas, tampoco será usada para ningún otro propósito sin su consentimiento escrito con excepción de lo especificado en el párrafo a continuación.

No hablaremos sobre usted o su familia con ninguna otra persona que no sea miembro de esta agencia, y MassHealth o MDPH, por las razones que ya hemos mencionado anteriormente, sin su **consentimiento escrito** a menos que:

1. recibamos una citación de un abogado o una orden de un juez que nos pida hacerlo,
1. creamos que hay evidencias de abuso infantil o negligencia; o
2. creamos que usted o un miembro de su familia son un peligro para alguien más, o que usted o un miembro de su familia están en peligro.

Usted puede decidir no participar en ninguna actividad relacionada con la evaluación del programa y aún recibir todos los servicios del programa de PPIT. También usted puede aceptar todos o sólo una parte de los servicios que se le ofrecen, y puede retirarse del programa en cualquier momento.

He leído esta información sobre el programa de PPIT o me la han explicado. Entiendo como la información referente a mi persona es protegida y en que casos puede ser usada. Me gustaría participar en el programa de PPIT.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Testigo

Fecha